

DEG-0256-0

PROPUESTA DE SEGURO

ESTADO: _____ (APROBADO/RECHAZADO)

N° Solicitud	
Fecha Solicitud	/ /

DATOS DEL ASEGURABLE				
RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO
SEXO	ESTADO CIVIL	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	OCUPACIÓN
DIRECCIÓN			COMUNA	REGIÓN
MONTO CRÉDITO (U.F.)		PLAZO MESES		

IMPORTANTE:

- 1) USTED ESTÁ SOLICITANDO SU INCORPORACIÓN COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR HIPOTECARIA LA CONSTRUCCIÓN S.A., DIRECTAMENTE CON BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
- 2) LAS CONDICIONES DE PRECIO Y COBERTURA QUE DA CUENTA EL PRESENTE DOCUMENTO SON FRUTO DEL PROCESO DE LICITACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 40 DEL D.F.L. 251 RELATIVO A LAS PÓLIZAS COLECTIVAS DE SEGURO DE DESGRAVAMEN DE LA CARTERA HIPOTECARIA PARA LA VIVIENDA Y DE USO PROFESIONAL DE HIPOTECARIA LA CONSTRUCCIÓN S.A. DE CONFORMIDAD A LA LEY SEÑALADA, LA LICITACIÓN DEBE EFECTUARSE PERIÓDICAMENTE, POR LO CUAL AL CABO DEL PLAZO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA LICITADA, LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA QUE RIJA PARA EL SIGUIENTE PERIODO PODRÁN SER DISTINTAS DE AQUELLAS EXPRESADAS EN ESE DOCUMENTO Y EN LA PRESENTE PROPUESTA.

CONTRATANTE : HIPOTECARIA LA CONSTRUCCIÓN S.A. RUT: 96.546.470-0
 COMPAÑÍA ASEGURADORA : BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. RUT: 96.656.100-0
 INTERMEDIARIO : MARSH CORREDORES DE SEGUROS S.A. RUT: 81.554.700-4

COBERTURAS

COBERTURAS	CÓDIGO CMF	TASA BRUTA (%)
FALLECIMIENTO	POL220130678	0,01143%
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS	CAD220131429	0,00422%
TOTAL		0,01565%

Se otorga Cobertura por Fallecimiento, a través de la Póliza Colectiva de Desgravamen asociada a Créditos Hipotecarios del Artículo N° 40 del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931 incorporada al Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, bajo el Código POL220130678. La Compañía, asegura el riesgo de fallecimiento del o de los Asegurados definidos en esta Propuesta de Seguro y se obliga a indemnizar al Beneficiario después de haberse comprobado por éste que el fallecimiento del Asegurado ocurrió durante la vigencia de la cobertura para dicho Asegurado y que no se produjo bajo alguna de las exclusiones a que se refiere el Artículo N°6 ("Exclusiones") de las Condiciones Generales.

Se otorga también una cobertura de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, a través de la Cláusula Adicional de Pago Anticipado del Capital Asegurado en Caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, incorporada al Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, bajo el código CAD220131429.

La compañía pagará anticipadamente al Beneficiario la indemnización establecida en la póliza principal en caso de verificarse la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios del asegurado, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas:

- a) Que la póliza principal se encuentre vigente;
- b) Que la invalidez total y permanente dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla setenta y nueve (79) años y 364 días de edad; y,
- c) Que la invalidez total y permanente se produzca durante la vigencia de esta cláusula adicional.

Se deja expresa constancia que la cantidad a pagar por esta cláusula adicional será siempre igual al monto que habría que pagar por la cobertura contratada en la póliza principal al momento de declararse la invalidez por parte de la compañía.

Por consiguiente, el pago al beneficiario por concepto de la presente cláusula adicional producirá el término inmediato de la cobertura otorgada por la cobertura principal. En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones para dicho asegurado.

DEG-0256-0

ASEGURADOS

Las personas naturales deudoras, en su calidad de titulares y/o fiadores o codeudores solidarios de Contratos de Mutuos Hipotecarios Endosables originados o administrados por la Entidad Crediticia, contratados actualmente o que se contraten en el futuro, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, incorporados en las nóminas de asegurados enviados a la Compañía de Seguros. Se deja establecido que en caso de existir fiadores o codeudores del titular (deudor principal), el seguro se extiende a sus codeudores. Se entenderá como fecha de incorporación al seguro la fecha de firma del Contrato de Mutuo Hipotecario o en su defecto la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Sobre estas personas, la Compañía Aseguradora asume el riesgo de Desgravamen por Fallecimiento y por Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad y sus Declaraciones Personales de Salud (DPS) y Exámenes Médicos, cuando corresponda, hayan sido aceptados por BICE Vida Compañía de Seguros S.A.

A su vez, BICE Vida Compañía de Seguros S.A. asumirá los riesgos en continuidad de cobertura respecto a la cartera de asegurados en stock y no hará exigible una nueva Declaración de Salud del asegurado, en la medida que se cumplan los requisitos señalados en el artículo 9 de las Condiciones Particulares.

MONTO ASEGURADO

Corresponderá al Saldo Insoluto del Crédito, al último día del mes anterior a la fecha del Fallecimiento o de la declaración de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios del asegurado por parte de la compañía de seguros, sobre la base de un servicio regular de la deuda, entendiéndose como tal, el pago de la deuda conforme a la tabla de desarrollo del respectivo Mutuo Hipotecario.

MONTO DE LA PRIMA

Para determinar la prima a pagar mensualmente en la cobertura de fallecimiento, se multiplicará la tasa porcentual (**0,01143%**) por el monto asegurado en dicha cobertura.

Para determinar la prima a pagar mensualmente en la cobertura adicional de pago anticipado del capital asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente 2/3, se multiplicará la tasa porcentual (**0,00422%**) por el monto asegurado en dicha cobertura adicional.

VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El presente contrato de seguro colectivo tendrá una vigencia de **24 meses, desde las 00:00 horas del día 01 de enero de 2020 hasta las 23:59 horas del día 31 de diciembre de 2021**. La responsabilidad que BICE Vida Compañía de Seguros S.A. asumirá por el contrato respectivo sólo comenzará en la fecha de vigencia señalada en la póliza seguro colectivo DEG-0256-0.

VIGENCIA DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La cobertura individual de cada asegurado entrará a regir en la fecha de su incorporación en la nómina de asegurados y materias aseguradas, previo cumplimiento de las condiciones de asegurabilidad y suscripción contempladas en la póliza, hasta la fecha de término de la vigencia de la póliza o hasta su exclusión de la nómina. Para estos efectos se entenderá que la fecha de incorporación a la nómina será la fecha de la escritura pública del crédito hipotecario otorgado por la empresa contratante. La cobertura de la póliza terminará en cualquier momento respecto del deudor asegurado que presente una póliza contratada en forma directa e individual que se ajuste a los modelos de la póliza depositados en la Comisión para el Mercado Financiero y que sea aceptada por el contratante. En este caso la compañía de seguros tendrá derecho a la prima hasta la fecha en que se inicie la vigencia de la póliza individual, fecha hasta la cual deberá mantener cubierto el riesgo asegurado.

TÉRMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

La cobertura de esta póliza y su cláusula adicional, terminarán anticipadamente para un asegurado en particular cuando:

1. El asegurado deje de ser deudor asegurado del acreedor hipotecario,
2. De ocurrir el fallecimiento del asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias señaladas en las letras a) a la j) del artículo "Exclusiones". Se entenderá, además, en este caso, que no existe obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora.
3. Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo "Prima y Efecto del No Pago de la Prima" de esta propuesta de seguro.
4. Cuando el asegurado hubiere omitido o falseado información sustancial y relevante de acuerdo a lo establecido en el artículo "Declaración del Asegurado" de esta póliza.
5. Cuando el deudor asegurado que presente una póliza contratada en forma directa e individual que se ajuste a los modelos de pólizas asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, depositados en la Comisión para el Mercado Financiero, y que sea aceptada por la Entidad Crediticia. En este caso el asegurador tendrá derecho a la prima hasta la fecha en que se inicie la vigencia de la póliza individual, fecha hasta la cual deberá mantener cubierto el riesgo asegurado.
6. En caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía Aseguradora, según lo establecido en el artículo "Moneda o Unidad del Contrato".

En caso de término anticipado del seguro, por alguna de las razones antes indicadas, la Compañía Aseguradora hará devolución de la prima pagada no devengada al asegurado. En caso de quiebra del asegurador, el asegurado podrá exigir alternativamente la devolución de la prima o que el concurso le afiance el cumplimiento de las obligaciones del fallido.

La terminación anticipada del contrato por alguna de estas causas señaladas en los puntos 1 al 6 anteriores, se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador o a través del tomador en la forma establecida en el artículo "Comunicación Entre las Partes".

DEG-0256-0

REHABILITACIÓN

Producida la terminación anticipada de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Acreedor Hipotecario solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada..

A tal efecto, deberá acreditar que todos los asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar los gastos que originen la rehabilitación.

No se producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Acreedor Hipotecario. El rechazo de la solicitud solo generara la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

En ningún caso habrá cobertura para el periodo que mediere entre la terminación y la rehabilitación, por lo que no podrá haber cobro ni pago de prima por dicho lapso.

BENEFICIARIO DEL SEGURO

El beneficiario del seguro será HIPOTECARIA LA CONSTRUCCIÓN S.A. o sus cesionarios.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Los requisitos de asegurabilidad referidas a las edades límites de los asegurados son las siguientes:

- Edad mínima de ingreso al contrato de seguro colectivo: 18 años.

COBERTURA PRINCIPAL DE FALLECIMIENTO:

- Edad máxima de ingreso al contrato de seguro colectivo: 69 años 364 días.
- Edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo: 79 años 364 días.

COBERTURA PRINCIPAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS:

- Edad máxima de ingreso al contrato de seguro colectivo: 69 años 364 días.
- Edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo: 79 años 364 días.

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Monto asegurable será igual a la sumatoria de los créditos hipotecarios vigentes del deudor asegurado, más el nuevo crédito hipotecario para el cual está solicitando cobertura bajo esta póliza, de acuerdo a la definición de Acumulación establecida más adelante.

Tabla de requisitos según edad y monto total del crédito hipotecario es la siguiente:

Rango de Monto Asegurable (UF)	Edad para Hombres y Mujeres
	Desde 18 hasta 69 años y 364 días
UF 0 a UF 2.000	Incorporación automática
UF 2.001 a UF 4.500	Declaración Personal de Salud
UF 4.501 a UF 7.000	Declaración de Salud Cuestionario de Examen Médico
UF 7.001 a UF 9.000	Declaración de Salud Cuestionario de Examen Médico Análisis Químico y Microscópico de Orina
UF 9.001 a UF 12.000	Declaración de Salud Cuestionario de Examen Médico Análisis Químico y Microscópico de Orina Electrocardiograma en Reposo Exámenes de Laboratorio
UF 12.001 o más	Declaración de Salud Cuestionario de Examen Médico Análisis Químico y Microscópico de Orina Electrocardiograma en Reposo Exámenes de Laboratorio Evaluación de Reaseguro

La solicitud de seguro y la respectiva Declaración Personal de Salud del asegurable, será evaluada por la Compañía, quién puede requerir antecedentes adicionales como realización de nuevos exámenes, informes médicos o resultados de exámenes anteriores, según declaración del asegurado y la tabla de requisitos precedente.

DEG-0256-0

DEFINICIÓN DE ACUMULACIÓN

Se entenderá por acumulación la suma de todos los saldos insolutos de deuda de todos los créditos hipotecarios que el asegurado mantenga vigente con el contratante en un momento determinado del tiempo, incluyendo aquel crédito para el cual la entidad contratante está solicitando evaluación de riesgo por parte de la compañía. Aquellos asegurados cuyos créditos hipotecarios determinen una acumulación deberán cumplir, para el nuevo crédito en evaluación, con los requisitos de edad de ingreso y permanencia, así como con las condiciones de suscripción de acuerdo al tramo de monto de capital asegurado que resulte de la suma de los saldos insolutos de deuda de todos los créditos hipotecarios que el asegurado mantenga vigente con el contratante y el nuevo crédito hipotecario que se está solicitando evaluar a la compañía.

PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

El presente seguro colectivo tiene la modalidad de pago de Prima "No Contributoria", esto es, prima financiada sólo por el Asegurado.

La prima es el precio del seguro. Se establece como un porcentaje del saldo insoluto de la deuda, incluida la comisión del corredor de seguros. Cada vez que se modifique el monto asegurado, con motivo de las actualizaciones, se deberá ajustar la prima, procediendo inmediatamente a su aumento o disminución, según corresponda.

Pago de la Prima: El pago de la prima será en forma mensual, por mes calendario vencido, de acuerdo a la aplicación del porcentaje correspondiente a la Tasa Bruta sobre el monto asegurado para los créditos vigentes a cada mes y según el día de inicio de la vigencia de cada cobertura. El monto de la prima que resulte de lo anteriormente señalado, será pagado directamente por **Hipotecaria La Construcción S.A.**, haya o no recibido ésta el pago del dividendo hipotecario mensual por parte del deudor hipotecario. La responsabilidad de la recaudación de dichas primas será de **Hipotecaria La Construcción S.A.**, quien se obliga a efectuar el traspaso a la compañía en un plazo no superior a los treinta (30) días siguientes al período de cobertura devengado. Los pagos de las primas se entenderán realizados cuando hayan sido percibidos en forma efectiva por la compañía, la que no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se establece un plazo de gracia de treinta (30) días, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si alguno de los asegurados fallece o se declara la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada correspondiente al asegurado fallecido.

Efectos del No Pago de la Prima

La Compañía podrá, en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, reajustes o intereses, una vez expirado el plazo de gracia de treinta (30) días, si lo hubiere, dar por terminado el contrato e informar por cualquier medio establecido en el artículo 16 "Comunicación Entre las Partes" de las Condiciones Generales o en las bases de licitación, a la entidad crediticia y al asegurado.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de treinta (30) días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, de acuerdo a lo establecido en el artículo 16 "Comunicación Entre las Partes" de las Condiciones Generales, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de treinta (30) días recién señalado, recayere en día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Dicha terminación no aplicará en caso que se pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

EXCLUSIONES

Fallecimiento (POL220130678): Serán aplicables todas las exclusiones descritas en el "Artículo 6° Exclusiones" de la póliza colectiva de desgravamen asociada a créditos hipotecarios, incorporada al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, bajo el código POL220130678.

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por:

- a) Suicidio, automutilación, o autolesión. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Monto Asegurado al Beneficiario, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido el plazo de dos años de la celebración del contrato, o de haber estado vigente el seguro por igual plazo en virtud de sucesivas renovaciones.
- b) Pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo.
- c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
- d) Participación activa del Asegurado en guerra internacional, sea que Chile tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Chile; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país; o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- e) Participación activa del Asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

DEG-0256-0

- f) Participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- g) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A modo de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.
- h) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5°, letra g) de estas Condiciones Generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.
- i) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- j) Una infección oportunista, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el Asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:
- i. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de VIH, (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por VIH.
- ii. Infección Oportunista incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada.
- iii. Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (CAD220131429): Serán aplicables todas las exclusiones descritas en el "Artículo 4° Exclusiones" de la "Cláusula Adicional de Pago Anticipado del Capital Asegurado en Caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios" asociada a créditos hipotecarios, incorporada al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, bajo el código CAD220131429.

La presente cláusula adicional no cubre el riesgo de invalidez total y permanente del asegurado, si ésta fuere causada a consecuencia de:

- (a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento;
- (b) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento o estudio clínico, exhibición, desafío o actividad objetivamente peligrosos, entendiéndose por tales aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;
- (c) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta cláusula adicional o durante su vigencia;
- (d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio objetivamente riesgoso que no haya sido declarado por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula o durante su vigencia;
- (e) Situaciones de salud o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 3°, letra h) anterior. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurado, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza;
- (f) Manejar bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad o encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas o alucinógenos, de acuerdo a la legislación vigente; o,
- (g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional todas las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del asegurado son las siguientes:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas;

Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Contratante informe al tenor de lo que solicite el Asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.

DEG-0256-0

Convenido el contrato de seguro sin que el Asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, este no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del Contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

Si el siniestro no se ha producido, y el Contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo Asegurado en la información que solicite el Asegurador de acuerdo al número 1 del artículo anterior, el Asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no revisten alguna de dichas características, el Asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las Condiciones de la Cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Asegurado rechaza la proposición del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato.

En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

Cualquiera sea la declaración que haga el Deudor Asegurado en virtud de este contrato de Seguro Colectivo deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por el conocidas y solicitadas por el Asegurador.

La Aseguradora deberá proporcionar los medios apropiados para que las declaraciones contenidas en este artículo se realicen en forma expedita y eficiente, ya sea en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación, o por las formas establecidas en el artículo "Comunicación Entre Las Partes".

INDISPUTABILIDAD

Transcurridos 24 meses de cobertura individual continua e ininterrumpida, contado desde la incorporación del Asegurado, o desde que se produjere el aumento del Monto Asegurado, según corresponda, el Asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones efectuadas por el deudor asegurado que pudieren haber influido en la apreciación de los riesgos, excepto cuando el Asegurador acredite que fueron realizadas en forma dolosa por el respectivo asegurado.

Para efectos del plazo antes mencionado, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida en uno o más seguros licitados sucesivos, aunque sean de distintas aseguradoras.

DENUNCIA DE SINIESTROS

El denuncia o aviso de siniestro deberá efectuarse tan pronto sea posible y dentro del plazo que establece la ley, una vez que el interesado haya tomado conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro.

Documentos necesarios para efectuar la denuncia de siniestros:

- Formulario de denuncia de siniestro que debe ser entregado por la Compañía Aseguradora.
- Certificado de deuda debidamente firmado por la Entidad Crediticia.
- Certificado de Defunción con causa de muerte.
- Certificado de nacimiento, si esta fecha no se indica en el Certificado de Defunción.
- Parte Policial, si la causa del fallecimiento ha sido accidental.
- Cualquier otro antecedente relativo al estado de salud del asegurado que fuere estrictamente necesario para la liquidación del siniestro y que estuviere en poder de la Entidad Crediticia.

Si el denuncia de siniestro es en contra de la cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente, sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la Póliza Principal, producida la invalidez del asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la Compañía y deberán presentarse todos los antecedentes relativos al siniestro.

La Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda serle notificado, hasta treinta (30) días después de que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

Será obligación del Asegurado cumplir con lo dispuesto en el Artículo 524, N°8 del Código de Comercio, para lo cual deberá proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos legales y autorizarla para requerir de sus Médicos tratantes y/o instituciones de salud, incluido el Instituto de Salud Pública (ISP), todos los antecedentes que ellos posean, como también someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la Invalidez Total y Permanente. El costo de estos últimos será de cargo de la Compañía.

Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía se reserva el derecho a solicitar documentación adicional que permita verificar la procedencia del siniestro.

Plazo para liquidación y pago de la indemnización

a) Informe de Liquidación: El plazo de emisión del informe no podrá ser inferior a cinco días hábiles ni superior a diez (10) días hábiles, contado desde la recepción por parte de la Compañía del total de la documentación requerida para una correcta liquidación del siniestro.

b) Plazo de pago: No podrá ser inferior a tres(3) días hábiles ni superior a seis(6) días hábiles, contados desde la notificación de la aceptación de la Compañía de la procedencia del pago de la indemnización, salvo que el pago no proceda en conformidad a las normas legales y contractuales.

Emitido el informe final de liquidación, la Compañía deberá enviar una copia del mismo a Hipotecaria La Construcción S.A., al Corredor de Seguros y al asegurado en caso de invalidez. En caso de no haber impugnación por parte de Hipotecaria La Construcción S.A. ni del asegurado en caso de denuncia por invalidez, dentro de los plazos establecidos, se procederá al pago de la indemnización correspondiente.

NOTA: Se incluye Anexo relativo a "Procedimiento de Liquidación de Siniestros".

DEG-0256-0

COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en el formulario "Solicitud de Incorporación", salvo que este no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el Asegurado, o estipulada en el formulario "Solicitud de Incorporación". En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las condiciones particulares de la póliza o en la "Solicitud de Incorporación" respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Las eventuales controversias que puedan surgir entre los deudores asegurados y BICE VIDA Compañía de Seguros S.A. o el Corredor de Seguros, se someterán al mecanismo de solución de conflictos establecido en el artículo 17 de las Condiciones Generales (POL 220130678).

Sin perjuicio de lo anterior, los eventuales conflictos que puedan surgir entre Hipotecaria La Construcción S.A. y BICE VIDA Compañía de Seguros S.A. o entre cualquiera de éstas y el Corredor de Seguros, que no estén legalmente sometidos a un arbitraje y sólo en aquellas materias que no sean parte ni emanen directamente de la póliza de seguro licitada, se someterán a la resolución de la justicia ordinaria. En todo lo demás, se aplicará el mecanismo de resolución de conflictos que establece el artículo 17 de las Condiciones Generales (POL220130678).

INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2.131 de 28 de noviembre de 2013, de la Comisión para el Mercado Financiero, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el Contratante, Asegurado, Beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las Entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de veinte (20) días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Se podrá acceder a este servicio por vía telefónica de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 horas y los viernes de 8:30 a 14:00 horas o por vía Web las 24 horas todos los días del año; o presencialmente en cualesquiera de las sucursales de BICE Vida en horario hábil (de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 horas y los viernes de 8:30 a 14:00 horas) con su Ejecutivo de Atención al Cliente.

Procedimientos de Acceso al Servicio de Atención al Cliente.

Las consultas y reclamos se pueden ingresar por vía carta, vía telefónica, vía Web o directamente con el Ejecutivo de Atención al Cliente.

Vía Telefónica:

Puede llamar al 800 20 20 22, donde un Ejecutivo de Servicio al Cliente atenderá sus consultas y reclamos, o le informará el estado de avance de una consulta o reclamo ingresado previamente.

Vía Web:

Puede ingresar al Sitio Web de BICE Vida (www.bicevida.cl) y hacer clic en "¿Necesitas ayuda?". Complete el formulario indicando el motivo del contacto ("Consulta" o "Reclamo").

Este servicio NO corresponde al Servicio de Atención al Cliente (SAC) que regula el Reglamento Sello SERNAC.

El presente contrato NO cuenta con el Sello SERNAC.

Código Autorregulación y Defensor del Asegurado

BICE Vida se encuentra adherida al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros. El Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguros fue constituido para ser la entidad encargada de velar por la plena aplicación del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas que se han comprometido a respetar las Aseguradoras, y de recomendar la mejor forma de satisfacer el objetivo de prestar un servicio adecuado a sus clientes, en un ambiente de sana competencia. Las normas de dicho Compendio tienen por objeto perfeccionar el desempeño del mercado de Seguros, con sujeción a los principios de libre competencia y de buena fe que deben existir tanto entre las empresas de Seguros, como con los Asegurados. Copia del Compendio se encuentra a disposición de los interesados en www.autorregulación.cl.

Asimismo, BICE Vida se encuentra adherida al Defensor del Asegurado, aceptando la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten ante él reclamos en relación a los contratos celebrados con la Compañía. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado a través de la página WEB www.ddachile.cl.

DEG-0256-0

INFORMACIÓN DEL CORREDOR

Nombre: MARSH S.A. Corredores de Seguros - RUT: 81.554.700-4

Comisión del Corredor: 14% más IVA sobre la prima neta.

AUTORIZACIÓN

HABIENDO TOMADO CONOCIMIENTO DEL DERECHO A DECIDIR LA CONTRATACIÓN COLECTIVA O INDIVIDUAL DE LOS SEGUROS, SOLICITO LA INCORPORACIÓN A LA COBERTURA DE LOS SEGUROS COLECTIVOS CONTRATADOS POR HIPOTECARIA LA CONSTRUCCIÓN S.A. Y DECLARO CONOCER LOS TÉRMINOS DE LOS SEGUROS PROPUESTOS, QUE CONSTAN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA COLECTIVA Y EN LAS CONDICIONES GENERALES DEPOSITADAS EN LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO BAJO LOS CÓDIGOS POL220130678 Y CAD220131429.

Por este acto declaro libre e informadamente lo siguiente:

- 1) Que he leído en forma íntegra el presente documento y que estoy en pleno conocimiento de todo lo indicado en este.
- 2) El presente documento tiene validez como certificado de cobertura solo si el riesgo es aceptado por la Compañía Aseguradora y desde que el crédito se curse efectivamente.
- 3) Que para los casos que deban ser sometidos a evaluación de la compañía de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza, la presente propuesta no tendrá validez de certificado de cobertura, sino que sólo una vez aceptada por la compañía se emitirá con posterioridad un certificado de cobertura.
- 4) Que tengo conocimiento que este documento resume de manera general las características del seguro contratado y que para información más detallada, debo consultar las condiciones particulares y condiciones generales de la póliza, que están a disposición de quien lo requiera en las oficinas del contratante.
- 5) Comunicaciones a correo electrónico: declaro conocer y autorizar que cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la compañía aseguradora al asegurado con motivo de esta póliza, se hará a la dirección de correo electrónico, el cual se indica en el encabezado de este documento.
- 6) Actualización de correo electrónico: para efectos de recibir toda comunicación o notificación que remita la compañía aseguradora, declaro conocer que debo mantener actualizada mi dirección de correo electrónico.
- 7) Que por el presente instrumento solicito a MARSH S.A. Corredores de Seguros, que proponga a BICE Vida Compañía de Seguros S.A. que me otorgue la cobertura de los riesgos que da cuenta el presente documento.

SOLO OPCIONAL: SI USTED NO DESEA RECIBIR SUS COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE SU CORREO ELECTRÓNICO, MARQUÉ CON UNA "X" AQUÍ:



FIRMA PROPONENTE

RUT:

FECHA:

BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

RUT: 96.656.410-5

DEG-0256-0

**ANEXO N°1
(CIRCULAR N° 2106 COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO)**

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

LA LIQUIDACIÓN TIENE POR FIN ESTABLECER LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO, DETERMINAR SI EL SINIESTRO ESTÁ CUBIERTO EN LA PÓLIZA CONTRATADA EN UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS DETERMINADA, Y CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PERDIDA Y DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR.

EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN ESTÁ SOMETIDO A LOS PRINCIPIOS DE CELERIDAD Y ECONOMÍA PROCEDIMENTAL, DE OBJETIVIDAD Y CARÁCTER TÉCNICO Y DE TRANSPARENCIA Y ACCESO.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

LA LIQUIDACIÓN PUEDE EFECTUARLA DIRECTAMENTE LA COMPAÑÍA O ENCOMENDARLA A UN LIQUIDADOR DE SEGUROS. LA DECISIÓN DEBE COMUNICARSE AL ASEGURADO DENTRO DEL PLAZO DE TRES DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA FECHA DE LA DENUNCIA DEL SINIESTRO.

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PUEDE Oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un liquidador de seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la compañía. La compañía deberá designar al liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DEBERÁ INFORMAR AL ASEGURADO, POR ESCRITO, EN FORMA SUFICIENTE Y OPORTUNA, AL CORREO ELECTRÓNICO (INFORMADO EN LA DENUNCIA DEL SINIESTRO) O POR CARTA CERTIFICADA (AL DOMICILIO SEÑALADO EN LA DENUNCIA DE SINIESTRO), DE LAS GESTIONES QUE LE CORRESPONDE REALIZAR, SOLICITANDO DE UNA SOLA VEZ, CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITAN, TODOS LOS ANTECEDENTES QUE REQUIERE PARA LIQUIDAR EL SINIESTRO.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

EN AQUELLOS SINIESTROS EN QUE SURGIEREN PROBLEMAS Y DIFERENCIAS DE CRITERIOS SOBRE SUS CAUSAS, EVALUACIÓN DEL RIESGO O EXTENSIÓN DE LA COBERTURA, PODRÁ EL LIQUIDADOR, ACTUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DEL ASEGURADO, EMITIR UN PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL SINIESTRO Y EL MONTO DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS, EL QUE DEBERÁ PONERSE EN CONOCIMIENTO DE LOS INTERESADOS. EL ASEGURADO O LA COMPAÑÍA PODRÁN HACER OBSERVACIONES POR ESCRITO AL PRE-INFORME DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DÍAS HÁBILES DESDE SU CONOCIMIENTO.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

DENTRO DEL MÁS BREVE PLAZO, NO PUDIENDO EXCEDER DE 45 DÍAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DENUNCIO, A EXCEPCIÓN DE; SINIESTROS QUE CORRESPONDAN A SEGUROS INDIVIDUALES SOBRE RIESGOS DEL PRIMER GRUPO CUYA PRIMA ANUAL SEA SUPERIOR A 100 UF: 90 DÍAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DENUNCIO;

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

LOS PLAZOS ANTES SEÑALADOS PODRÁN, EXCEPCIONALMENTE SIEMPRE QUE LAS CIRCUNSTANCIAS LO AMERITEN, PRORROGARSE, SUCESIVAMENTE POR IGUALES PERIODOS, INFORMANDO LOS MOTIVOS QUE LA FUNDAMENTEN E INDICANDO LAS GESTIONES CONCRETAS Y ESPECÍFICAS QUE SE REALIZARÁN, LO QUE DEBERÁ COMUNICARSE AL ASEGURADO Y A LA SUPERINTENDENCIA, PUDIENDO ESTA ÚLTIMA DEJAR SIN EFECTO LA AMPLIACIÓN, EN CASOS CALIFICADOS, Y FIJAR UN PLAZO PARA ENTREGA DEL INFORME DE LIQUIDACIÓN. NO PODRÁ SER MOTIVO DE PRORROGA LA SOLICITUD DE NUEVOS ANTECEDENTES CUYO REQUERIMIENTO PUDO PREVERSE CON ANTERIORIDAD, SALVO QUE SE INDIQUEN LAS RAZONES QUE JUSTIFIQUEN LA FALTA DE REQUERIMIENTO, NI PODRÁN PRORROGARSE LOS SINIESTROS EN QUE NO HAYA EXISTIDO GESTIÓN ALGUNA DEL LIQUIDADOR, REGISTRADO O DIRECTO.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

EL INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN DEBERÁ REMITIRSE AL ASEGURADO Y SIMULTÁNEAMENTE AL ASEGURADOR, CUANDO CORRESPONDA, Y DEBERÁ CONTENER NECESARIAMENTE LA TRANSCRIPCIÓN ÍNTEGRA DE LOS ARTÍCULOS 26 Y 27 DEL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS (DOS. DE HACIENDA N° 1.055, DE 2012, DIARIO OFICIAL DE 29 DE DICIEMBRE DE 2012),

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

RECIBIDO EL INFORME DE LIQUIDACIÓN, LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO DISPONDRÁN DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS HÁBILES PARA IMPUGNARLA. EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, ESTE DERECHO SOLO LO TENDRÁ EL ASEGURADO. IMPUGNADO EL INFORME, EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DISPONDRÁ DE UN PLAZO DE 6 DÍAS HÁBILES PARA RESPONDER LA IMPUGNACIÓN.

DEG-0256-0

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

ESTADO: _____ (APROBADO/RECHAZADO)

N° Solicitud	
Fecha Solicitud	/ /

ANTECEDENTES DEL PROPONENTE ASEGURADO (SOLO PERSONAS NATURALES) PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS				
RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO
SEXO	ESTADO CIVIL	EMAIL		TELÉFONO
DIRECCIÓN			COMUNA	REGIÓN
MONTO CRÉDITO (U.F.)		PLAZO (meses)		

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD
<p>DECLARO ESTAR EN CONOCIMIENTO ACERCA DE QUE, EN CONFORMIDAD CON LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE Y CON LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE RIGEN LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO POL220130678 Y LA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS CAD220131429, ES MI DEBER DECLARAR SINCERAMENTE TODAS AQUELLAS CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS A MI ESTADO PASADO Y ACTUAL DE SALUD QUE PUEDAN AFECTAR EL RIESGO QUE ASUMIRÁ LA COMPAÑÍA Y QUE PUEDEN CONSTITUIR UNA RESTRICCIÓN, LIMITACIÓN O EXCLUSIÓN DE COBERTURA.</p> <p>PREGUNTAS ACERCA DE ENFERMEDADES, DOLENCIAS Y/O SITUACIONES DE SALUD PREEXISTENTES</p> <p>TENGA PRESENTE QUE SON ENFERMEDADES Y DOLENCIAS PREEXISTENTES AQUELLAS ENFERMEDADES, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR USTED CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE FIRMA DE ESTA DECLARACIÓN DE SALUD. TODA VEZ QUE LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES, DOLENCIAS PREEXISTENTES Y/O SITUACIONES DE SALUD PREEXISTENTES NO ESTÁN CUBIERTAS POR EL SEGURO, LE PREGUNTAMOS A USTED LO SIGUIENTE:</p> <p>¿USTED TIENE, TUVO O HA TENIDO EN EL PASADO, O SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO, O EN PROCESO DE DIAGNÓSTICO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD?</p>

PREGUNTA	SI/NO	DETALLE
1. ¿Cáncer, Tumores, Masas, Quistes, Nódulos, Melanomas, Neoplasias, V.I.H. positivo, SIDA, Linfomas, Leucemia, Enfermedades Hematológicas, Enfermedades del Pulmón, Enfermedades al Riñón, Insuficiencia Renal Crónica? En caso afirmativo, favor detallar:	NO	
2. ¿Infarto al Miocardio, Infarto Cerebral, Enfermedades Cardiacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias, Soplos Cardiacos, Arritmias, Aneurismas, Accidentes Cerebrovasculares, Dislipidemia, hipercolesterolemia, Sobrepeso, Obesidad, Diabetes Mellitus? En caso afirmativo, favor detallar:	NO	
3. ¿Enfermedades Gastrointestinales, Endocrinas Hepatitis (B o C), Cirrosis Hepática, Ulcera Gástrica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Epilepsia, Enfermedad de Alzheimer, Depresión, Enfermedades Psiquiátricas? En caso afirmativo, favor detallar:	NO	
4. ¿Padece alguna otra enfermedad, dolencia o situación de salud, que no haya sido mencionada en las preguntas anteriores?. En caso afirmativo, favor detallar:	NO	
5. ¿Fuma más de 25 cigarrillos diarios?	NO	
6. ¿Ingiere algún tipo de medicamento en forma habitual?	NO	

DEG-0256-0

7. ¿Realiza o participa usted en actividades o deportes riesgosos?, Se consideran como tales aquellas actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos, o donde se ponga en grave peligro su vida o integridad física. Como actividades riesgosas se puede mencionar el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, bombero, uso de aviación civil como piloto o pasajero, Fuerzas Armadas (PDI, Carabineros, Gendarmes y otras similares) u otra que se considere peligrosa. Como deportes riesgosos se pueden mencionar el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, parapente, automovilismo, motociclismo, benji, canopy, rápel, rafting, kayak, trekking, boxeo, Artes marciales, rodeo, equitación u otro que se considere peligroso. En caso afirmativo, detallar actividad o deporte:	NO
8. ¿Usted ha sido dictaminado o se le ha otorgado algún grado de Invalidez por alguna Comisión Médica (AFP/ Compin/Mutuales/ Capredena) a causa de una enfermedad o accidente? En caso afirmativo, favor detallar causa de invalidez y dictamen:	NO
9. ¿Se encuentra tramitando una Invalidez por accidente o por enfermedad, en alguna de las Comisiones antes mencionada? En caso afirmativo, favor detallar causal y comisión en la que presentó los antecedentes:	NO
10. ¿Cuál es su Estatura actual?	Cms.
11. ¿Cuál es su Peso actual?	Kgrs.

ACEPTACIÓN: OTORGO MI CONSENTIMIENTO A QUE SI LA CAUSA DE UN SINIESTRO QUE ME AFECTE FUESE PRODUCTO, DERIVE O ESTUVIESE RELACIONADA CON ALGUNA(S) DE LAS ENFERMEDADES, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD, ANTES INDICADAS, SE CONSIDEREN ELLAS COMO ENFERMEDADES, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD, DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR MI ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, CON LA CORRESPONDIENTE EXCLUSIÓN DE COBERTURA Y LIBERACIÓN DE LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE PAGAR EL SINIESTRO. ESTOY EN CONOCIMIENTO QUE EL TEXTO DE LA PÓLIZA CONTRATADA EN FORMA COLECTIVA CONTIENE OTRAS EXCLUSIONES DE COBERTURAS, ADICIONALES A LAS QUE DA CUENTA ESTE FORMULARIO Y RESPECTO DE LAS CUALES SE ME HA SEÑALADO QUE DEBO INFORMARME ADECUADAMENTE.

FECHA DECLARACIÓN: _____

 FIRMA PROPONENTE ASEGURADO

AUTORIZACION

Copia Contratante

CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 61 DEL DFL N° 251 DE 1931, SOBRE ACTIVIDAD ASEGURADORA AUTORIZO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA REQUERIR ANTECEDENTES ADICIONALES SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y AUTORIZO A INSTITUCIONES HOSPITALARIAS, LABORATORIOS, MEDICOS Y DEMÁS PERSONAS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A PROPORCIONAR -A SOLICITUD DE LA COMPAÑÍA-, TODOS LOS DATOS O ANTECEDENTES CLÍNICOS QUE TENGAN O HAYAN CONOCIDO CON MOTIVO DE HABERME PRESTADO ATENCIÓN O SERVICIOS DE SALUD.

LO ANTERIOR, CON EL OBJETO QUE LA ASEGURADORA PUEDA EVALUAR ESTA SOLICITUD O LA PROCEDENCIA DEL PAGO DE UN SINIESTRO, Y EN CUALQUIER MOMENTO QUE LA COMPAÑÍA LO CONSIDERE NECESARIO. PARA TAL EFECTO, RELEVO A LAS PERSONAS MENCIONADAS DEL SECRETO PROFESIONAL, ACEPTANDO QUE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN QUE SE LES SOLICITE. ASIMISMO, CONFORME A LO SEÑALADO EN LA LEY N° 19.628, RELATIVA A LA PROTECCIÓN DE LA VIDA PRIVADA,

POR ESTE ACTO VENGO EN FACULTAR EXPRESAMENTE A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, O QUIEN SUS DERECHOS REPRESENTA, PARA HACER USO DE MIS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL ASÍ COMO TAMBIÉN AQUELLOS DENOMINADOS COMO SENSIBLES. ESTA AUTORIZACIÓN FACULTA A LA ASEGURADORA PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO DE DICHOS DATOS CONFORME LO EXPRESA LA NORMA LEGAL SEÑALADA. DE LA MISMA FORMA, CONSIENTO EXPRESAMENTE PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA TENGA ACCESO A LOS CONTENIDOS O COPIAS DE LAS RECETAS MÉDICAS, ANÁLISIS O EXÁMENES DE LABORATORIOS CLÍNICOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD, SEGÚN LO EXPRESA EL ARTÍCULO 127 DEL CÓDIGO SANITARIO, MODIFICADO POR LA LEY YA CITADA.

CONFORME A LO ANTERIOR, DECLARO HABER SIDO INFORMADO QUE ESTOS DATOS SON PARA EL EXCLUSIVO USO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EN EL ANÁLISIS DEL OTORGAMIENTO DE SEGUROS, MODIFICACIONES DE COBERTURAS, ANÁLISIS DE RECLAMOS, INVESTIGACIONES DE SINIESTROS Y, EN GENERAL TODO AQUELLO QUE DIGA RELACIÓN CON LOS CONTRATOS QUE CELEBRE CON LA ASEGURADORA, PUDIENDO ESTOS DATOS SER COMUNICADOS A TERCEROS, CON ESTOS MISMOS FINES. EL PROPONENTE ASEGURADO DECLARA HABER LEIDO LAS NOTAS PRECEDENTES Y FIRMA EN SEÑAL DE CONFORMIDAD Y ACUERDO.

FECHA DECLARACIÓN:

_____ FIRMA PROPONENTE ASEGURADO